

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E /OU DIABETES MELLITUS, NA UBS SÃO CRISTOVÃO,
REGENERAÇÃO/PIAUI**

IOSVANNIS FIGUEREDO SOLANO

Pelotas, 2015

IOSVANNIS FIGUEREDO SOLANO

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E /OU DIABETES MELLITUS, NA UBS SÃO CRISTOVÃO,
REGENERAÇÃO/PIAUI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristiano Pinto Dos Santos.

Pelotas, 2015

S684m Solano, Iosvannis Figueredo

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí / Iosvannis Figueredo Solano; Cristiano Pinto dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Cristiano Pinto dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais, Jorge Figueredo Rojas e Justa de La Caridad Solano Remón, que hoje estão com Deus e sempre tiveram como objetivo de suas vidas educarem seus filhos na fé, no amor e na ciência, sem poupar esforços para isso; a meus filhos Jorge Ricardo, Leyanet e Tatiana, que embora não tenha conhecimento disto, mas iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me encorajando a buscar mais conhecimentos.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pelo seu grande amor e presença constante em minha vida; a meu orientador, Cristiano Pinto Dos Santos, pelo incentivo e paciência, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível;

A minha irmã, Lesyanis, que da forma especial e carinhosa deu-me forças e coragem, me apoiando nos momentos das dificuldades.

Enfim a todos que colaboraram para a realização deste trabalho.

Resumo

SOLANO, Iosvannis Figueredo. **Melhoria da Atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí**. 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente estudo buscou intervir na qualificação da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí. Apesar da diminuição na morbimortalidade por estas doenças nos últimos anos, ainda não alcançamos a meta de oferecer a todos os usuários brasileiros o direito à vida e à saúde, já que ainda temos muitas mortes por causa destas doenças e que poderiam ser evitáveis pelo serviço de atenção primária de saúde. Com isso, objetivou-se ampliar a cobertura da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, melhorar a qualidade do atendimento destes usuários, oferecendo além da consulta médica de hiperdia, os cuidados em enfermagem e odontologia, além de melhorar os registros das informações, o que antes era muito deficitário. A intervenção durou três meses, com ações de monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão dos serviços e qualificação da prática clínica. Resultando em 100% dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (302) e diabetes mellitus (43) cadastrados na UBS São Cristovão, com avaliação de risco cardiovascular, além de termos 100% dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus com cadastros atualizados. Desta forma, acredita-se que apesar da evolução da atenção à saúde dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus no município, ainda tem-se muito a realizar, principalmente nas questões educativas.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	56
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	57
Figura 3	Gráfico de proporção de pacientes hipertensos com exames em dias de acordo com o protocolo inscritas no programa da unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	58
Figura 4	Gráfico de Proporção de pacientes diabéticos com exames em dias de acordo com o protocolo inscritas no programa da unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	59
Figura 5	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada inscritas no programa da unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	60
Figura 6	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada inscritas no programa da unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	61
Figura 7	Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico inscritas no programa da unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	62
Figura 8	Gráfico de proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico inscritas no programa da unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Regeneração/PI.	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária de saúde
CAPS	Centro de apoio psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de saúde bucal
ESF	Equipe de saúde as família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
SMS	Secretaria municipal de saúde
ETC	Etcetera
ECG	Electrocardiograma

Sumário

Apresentação	112
Análise situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
Indicador não definido.	Erro!
2 Análise Estratégica	22
Indicador não definido.	Erro!
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma	51
3 Relatório da Intervenção	55
3.1 Ações prevista e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59

4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	81
Referências	82
Apêndices	83
Anexos	85

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas.

Este volume abrange no capítulo um o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS; assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalhos. No capítulo dois é apresentado o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica; apontando a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto da atual situação das gestantes e elaboramos metas para que o principal objetivo fosse alcançado. No terceiro capítulo é apresentado o relatório da intervenção e assim chegamos ao quarto capítulo com os resultados, discussão, relatório para o gestor e comunidade. Por fim temos a reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Situação da ESF/APS

Sou o médico Iosvannis Figueredo Solano, trabalho no nordeste do país, Estado do Piauí, município de Regeneração. O município conta com oito UBS, um hospital, CAPS, NASF e oito ESF.

Pertenço à equipe do posto de saúde “São Cristovão”, localizado na periferia do município, o qual tem boas condições de infra-estrutura, com sala de recepção ampla (capacidade para 30 pessoas), três consultórios e dois banheiros.

A equipe de saúde está composta por: médico geral integral, enfermeira, técnica enfermagem, dentista, auxiliar de odontologia e três agentes comunitários de saúde. Dessa forma, todos eles conhecedores da população e do território atendidos. Pois, a maioria mora na área de abrangência, facilitando o trabalho e o vínculo com a comunidade. Esta dispõe de apoio e atendimento do NASF (núcleo de à saúde da família) formado por fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, psicóloga, educador e assistente social.

A área de saúde tem uma população aproximada de 1.672 habitantes e 418 famílias cadastradas. A maioria destas com baixo nível escolar e econômico, sendo: 982 do sexo feminino e 690 do sexo masculino. Predominam moradias de tijolo e adobe, piso de terra, com péssimas condições estruturais. O abastecimento de água é gerenciado pela rede pública (clorada) e filtrada. A cidade tem índice de violência e criminalidade baixa.

Temos um hospital que atende a população em situação de urgências e emergências, assim como a população de outros municípios próximos que não contam com este serviço. Muitas vezes, o hospital não tem médico plantonista, não temos unidades de pronto atendimento, nem apoio dos serviços de pediatria e ginecologia. Isso causa uma sobrecarga na demanda espontânea, já que as localidades ficam longe do centro da cidade. Temos duas ambulâncias utilizadas no transporte dos pacientes encaminhados aos hospitais por urgências médicas.

Os medicamentos indicados são procurados em uma farmácia situada na secretaria de saúde (SMS) e posto de saúde e aqueles não são suficientes para cobrir a demanda da população. Os pacientes que precisar realizar exames

especiais ou ser avaliados por outras especialidades são encaminhados à capital do Estado ou municípios pertos previamente agendados pela secretaria de saúde.

Todas as grávidas e crianças estão cadastradas e assistem a consultas programadas. As doenças crônicas mais frequentes são: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hiperlipidêmica. Entre as agudas: infecções respiratórias e parasitárias. Trabalhamos com demanda espontânea e agendada para grupos prioritários (hiperdia, idosos, saúde do homem e a mulher, pré-natal, puericultura e etc...), além das visitas domiciliares. Realizamos atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (palestras, videoconferências, conversas e etc...).

O trabalho está organizado e planejamos as atividades educativas e assistenciais mensalmente, além da produção em equipe, discussão de casos clínicos de pacientes que precisam de atenção especial e em conjunto com a equipe (pacientes acamados e com doenças em estágio terminal). Contamos com o apoio dos gestores do município para desenvolver o trabalho. Penso que o trabalho não será fácil, mas com o esforço de todos vamos superar as dificuldades, logrando hábitos e estilos de vida mais saudáveis e elevando a qualidade de vida da população que é nosso principal objetivo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Regeneração, Estado Piauí, na UBS São Cristovão. O município tem uma população aproximada de 17566 habitantes (6). No município trabalham oito ESF com estrutura de UBS. A área de saúde com uma população de 1672 habitantes. O posto de saúde foi construído para esse fim com estrutura de UBS e vinculado aos princípios do SUS, a equipe é composta por: um médico geral integral, uma enfermeira, uma técnica enfermagem, um dentista, um auxiliar dentista e três agentes comunitários de saúde, além do apoio do NASF (fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social).

Temos outros especialistas de apoio no município tais como: (psiquiatra, psicólogo, cirurgião, obstetra e ortopedista). A estrutura física da unidade básica de saúde consta de: uma sala de recepção com capacidade para 30 pessoas, dois consultórios com sanitário e três sem sanitário, uma sala de curativo e

procedimentos, um consultório odontológico, sala de reuniões, vacinas, nebulizações, sala de esterilização, sala para agentes comunitários.

O posto tem boa ventilação e iluminação, com paredes internas não laváveis e de superfícies lisas; os pisos são todos laváveis e de superfície lisa; as janelas não têm telas mosquiteiras. Não existe um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetro, nem balanças.

Temos laboratório para análises clínicas no município, mas não são realizados todos os exames, o paciente tem que se deslocar para outros municípios próximos ou capitais do estado. O município tem uma farmácia básica na secretaria municipal de saúde, além dos medicamentos do posto de saúde, faltam alguns dos grupos fundamentais de medicamentos para o tratamento doenças crônicas frequentes como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e medicamentos usados na urgência.

Em relação às atribuições das equipes: os profissionais não participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Também, não participa da identificação de grupos de risco e agravos a saúde. Outro aspecto inexistente no município é associação de bairro e outras instituições comunitárias. Não temos condições materiais nem estruturais no posto de saúde para realizar pequenas cirurgias. Não são realizados atendimentos de urgências/emergências no posto de saúde, pois temos pronto socorro e na UBS só são atendidos casos de menor complexidade que podem se resolver na área.

A consulta odontológica não é realizada no domicílio. Os profissionais da saúde não podem acompanhar o paciente em internação hospitalar, porque, são atendidos fora do município.

Dentro deste quadro, são poucas as atividades de qualificação profissional e não participam todos os profissionais da equipe. E, quanto às alternativas utilizadas para ampliar das atribuições dos profissionais da saúde sugerimos: realizar conversa com os gestores do município sobre a importância da participação dos profissionais da saúde na territorialização e mapeamento da área de atuação para identificar grupos de risco e agravos à saúde; criar associação de bairro em cada comunidade torna-se relevante para o apoio de nossas atividades na comunidade; criar as condições necessárias para oferecer os primeiros auxílios no município em casos de urgências e emergências; planejar com odontóloga e assistente social visitas

domiciliares em caso de que o paciente requeira insistir com o nível de atenção secundário a importância da contra referência para melhor seguimento aos pacientes depois da alta hospitalar; promover a participação de todos os profissionais da saúde em atividades de qualificação profissional para sua atualização técnica em parceria com a secretaria de saúde.

Em relação à população da área adstrita o número de habitantes é de 1.672. Deles 982 são do sexo feminino e 690 do sexo masculino, com um total de mulheres em idade fértil de 544 entre (10 e 49 anos), 405 mulheres entre (25 e 64 anos), 126 mulheres entre (50 e 69 anos), delas 26 são gestante o que representa um 1,5% do total da população, menor de um ano 25, menores de cinco anos 50, pessoas entre 15 e 59 anos 1.050, com 60 anos e mais 176, com HAS 132 e com DM 24. Estes dados correspondem com o total de usuários cadastrados na UBS. O total da população é adequada para nossa UBS.

Trabalhamos com demanda espontânea, a maioria das consultas são agendadas pela equipe de saúde. No acolhimento dos pacientes participa toda a equipe e este acontece desde a chegada daquele ao posto até sua saída. Todo paciente que procura atendimento médico, de enfermagem ou dentista é atendido, o que muitas vezes ocasiona um excesso na demanda. Mas, a equipe possui planejamento para lidar com essa situação, sempre identificando os pacientes com riscos biológicos ou sociais e dando prioridade, dessa forma, garantindo um atendimento integral buscando os métodos que ajudem a melhorar a qualidade de vida da população.

Como o trabalho é desempenhado em uma UBS não tem atraso nas consultas de puericultura, sendo estas programadas pela equipe com apoio dos agentes de saúde e a comunidade. Todas as crianças de zero até setenta e dois meses têm em dia as consultas de acordo com o protocolo do ministério da saúde.

O teste do pezinho é realizado em 100% das crianças até sete dias, não existindo atraso nos exames. As maiorias dos partos são feitos no município. A secretaria de saúde é responsável pela marcação das consultas da triagem auditiva na capital do Estado, onde 100% são realizados. Em 100% das consultas de puericultura é avaliado o desenvolvimento das crianças. 100% das crianças tem atualizado o cartão espelho de vacina. A UBS tem sala de vacina para cobertura das

aplicações em toda a comunidade tendo todas as vacinas necessárias para manter o esquema de vacinal em dia.

A saúde bucal não é avaliada pelo dentista da unidade, sendo este um problema que sugerimos resolução. Em todas as consultas as mães recebem orientação sobre aleitamento materno. Isso reflete a importância de uma educação voltada à conscientização da relevância do aleitamento materno nos primeiros meses de vida, que deve ser desenvolvida com o apoio dos trabalhadores de saúde, agentes de saúde e a comunidade.

As mães recebem orientação sobre acidentes dentro e fora do domicílio, com realização de palestra sobre o tema. Os atendimentos das crianças são de qualidade com acompanhamento continuado. Podem-se fazer algumas coisas para melhorar o atendimento da criança no processo de trabalho da equipe como: trabalhar em conjunto com o dentista para avaliar a saúde bucal em 100% das crianças; planejamento da atividade de consultas e atendimento domiciliar pela equipe de saúde; Incrementar as atividades educativas tais como palestra, vídeo conferências, roda de conversas, sobre aleitamento materno, acidentes do domicílio, saúde bucal, alimentação saudável; manter as visitas domiciliares que permitam avaliar os fatores de risco nas crianças. Assegurar com o trabalho continuado dos agentes comunitários de saúde em 100 % de assistência às consultas de puericultura.

A equipe no momento atende 100% (25) gestantes cadastradas e a maioria é avaliada na primeira consulta pré-natal no 1º trimestre, com atendimento médico continuado. Com ajuda dos agentes comunitários de saúde que moram na área de abrangência, busca-se realizar a captação precoce das gestantes no 1º trimestre, mas algumas são captadas apenas no 2º. Todas realizam exames laboratoriais para o controle adequado do pré-natal. No município tem um hospital onde se realizam os partos naquelas gestantes de baixo risco, e as de alto risco são encaminhadas para a capital do estado onde recebem atendimento especializado.

A equipe também trabalha na pesquisa e controle de câncer do colo do útero e mama. São realizadas coletas para exame citopatológico do colo do útero na própria UBS e a amostra é enviada para capital do Estado onde são analisadas. São realizadas atividades de promoção e prevenção de doenças sexualmente

transmissíveis e especialmente a infecção pelo vírus do papiloma humano, responsável da maioria dos casos positivos de câncer do colo do útero.

O exame físico das mamas é realizado em consulta diária, sendo solicitada mamografia para pacientes maiores de 50 anos e oferecido atividades de orientação à mulher como importância e técnica do autoexame das mamas. No momento na área não há registro de pacientes com casos positivos de câncer de mama e nem do colo do útero.

Na UBS existe uma boa cobertura de controle de câncer de mama 100%(122) e a cobertura de controle de câncer de colo de útero 100%(398) onde todas as mulheres têm acesso aos serviços médicos e participam das atividades de orientação. O processo de trabalho está sendo bem desenvolvido na UBS apesar das limitações, mas, observa-se a necessidade de traçar estratégias de trabalho para oferecer atendimento de qualidade, para resolução do problema, sugerimos: controle das mulheres examinadas e daquelas que não assistem a consulta; solicitação para realizar mamografia nas mulheres com mais de 50 anos segundo protocolo; insistir na importância do exame periódico das mamas mediante atividades de orientação; realizar adequada avaliação das pacientes de risco.

Na UBS tem 132 pessoas cadastradas com hipertensão arterial sistêmica, sendo que a equipe de saúde tem que aumentar a busca ativa de novos casos, avaliando os indicadores de qualidade da atenção à hipertensão arterial sistêmica em quanto à estratificação do risco cardiovascular por critério clínico. Os 132 pacientes são avaliados o que representa 100%. Somente 14 pacientes têm atrasos na consulta agendada com mais de sete dias, o que representa 14%. Temos o controle de 126 pacientes com todos os exames em dia, o que representa um 95%. Para 132 pacientes é oferecido orientação sobre prática de exercícios físicos regulares e alimentação saudável, o que corresponde a 100% dos atendimentos.

Detectamos que o principal problema na UBS com os hipertensos é avaliação da saúde bucal em dia, só tem 59 pacientes avaliados o que corresponde a 45% dos atendidos. Ainda observamos muitas limitações, mas, sugerimos que sejam feitas melhorias das condições de atendimento e avaliação dos pacientes com hipertensão arterial, sendo que ações podem ser desenvolvidas, tais como: aumentar as buscas ativas de novos casos em nossa área de abrangência; fazer palestras, vídeo conferência, conversas sobre sinais e sintomas daquela doença; trabalhar

com os fatores de risco tais como, obesidade, sedentarismo, estresse e outros; promover estilos de vidas saudáveis; planejamento junto aos agentes de saúde e outros membros da equipe relativos às atividades de consultas agendadas e domiciliares aos pacientes portadores de HAS; trabalhar em conjunto com o dentista para avaliar a saúde bucal em 100% dos pacientes com HAS; durante as consultas fazer uma avaliação ampla do risco de aparição de outras doenças cardiovasculares que podem levar ao paciente as seqüelas de invalidez permanente; incentivar aos pacientes com HAS à realização de exames periódicos para controle da doença, assim como, avaliação de algumas complicações (colesterol, triglicérides, uréia, creatinina, ácido úrico, fundo de olho, ECG, Rx de tórax AP, sumário de urina, glicose e outros).

Os pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus com 20 anos e mais residentes na área de abrangência são 24 (25%). Esse resultado é muito inferior aos estimado, dessa forma, a equipe de saúde deve aumentar a busca ativa, pois, deduzimos que existam outros casos ainda não computados.

Avaliando os indicadores de qualidade em quanto à estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, 24 pacientes foram avaliados. Nesse sentido, não detectamos pacientes com atrasos na consulta agendada com mais de sete dias e observamos que eles têm todos os exames em dias. Em cada consulta se realiza um exame físico completo, tendo principal foco o exame dos pés, assim como as palpações dos pulsos tibiais, posterior e pedioso. Também, é realizado exame da sensibilidade dos pés e não têm atrasos em nenhuma destas atividades nos últimos três meses. Para a prevenção é oferecido orientação sobre prática de exercícios físicos regulares e alimentação saudável.

Nesse sentido, o principal problema na UBS com os pacientes diabéticos é igual aos casos de pacientes com HAS, que detectamos ser a avaliação da saúde bucal em dia. Diagnosticamos que somente 19 pacientes foram avaliados, o que corresponde a 79% dos atendidos, por isso ainda não tem uma planificação adequada pelo dentista. Além disso, tem um pequeno grupo de pessoas de baixo nível cultural que não percebem os riscos.

Apesar dos problemas detectados na área de abrangência ainda se pode melhorar o atendimento dos pacientes com este tipo de doença e sugerimos: avaliação integral em consulta aos pacientes diabéticos com um adequado controle

da glicose, exame dos pés e pulsos periféricos; incentivar a prática de exercícios físicos regulares assim como hábitos de vidas saudáveis; realizar palestra, vídeos conferências e conversas onde se fale sobre importância e cuidado dos pés em pacientes com DM; capacitar os agentes de saúde sobre esta doença para junto à comunidade fazer busca ativas de casos novos; fazer diagnóstico precoce das complicações; manter controle metabólico adequado, planejar as consultas com o dentista para avaliação da saúde bucal destes pacientes.

Na área que atendo tenho 176 usuários idosos cadastrados, desses, 103 tem HAS e 21 Diabetes Mellitus. A cobertura de saúde dos pacientes idosos é boa, porque, todos têm acesso a uma atenção médica especializada e integral, com avaliação regular de acordo com protocolo dos pacientes idosos feito pelo ministério da saúde.

Avaliamos os indicadores de qualidade, todos os usuários de nossa área têm atualizada a caderneta de saúde da pessoa idosa, onde ficam registrados os medicamentos utilizados em tratamentos, datas das consultas, sinais vitais, as patologias e incapacidades (físicas, motoras, auditivas, visuais, etc.). 60% dos pacientes idoso têm realizado avaliação multidimensional rápida de todas as doenças e fatores de risco e alteração da funcionalidade, tais como: visão, audição, deambulação, inclusão social, autonomia, situação econômica, ECT. 82% dos pacientes têm acompanhamento em dias, porque, todos os profissionais da UBS e os agentes de saúde fazem uma busca ativa de pacientes idosos e faltosos as consultas em conjunto realizaram um conjunto de ações para dar atendimento priorizado a este grupo de paciente.

Sugerimos trabalhar com as pesquisas e buscas ativas para verificar o número de usuários não atendidos com aqueles tipos de doença. Enxergamos alguns aspectos do processo de trabalho que poderiam ser desenvolvidos para melhorar a qualidade da atenção aos pacientes idosos, e, sugerimos: Realizar adequado planejamento das atividades de saúde como consultas e visita domiciliar para ampliar a cobertura da atenção aos usuários idosos e assim ter consultas em dia da população idosa; realizar avaliação multidimensional rápida aos 100% dos pacientes idosos com avaliação das necessidades individuais; busca ativa na população idosa para verificar se existem casos novos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e outras patologias ou fatores de risco para controle

oportuno; continuar trabalhando em função de alcançar modos e estilos de vida saudáveis na população idosa mediante pratica regular de atividades físicas e alimentação saudável; trabalhar em parceria com a dentista para ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde bucal dos pacientes idosos, incrementando o número de atendimentos e visita neste grupo especifica.

A atenção à saúde bucal na UBS é um dos principais problemas que temos que melhorar, e sugiro realizar atividades como: aumentar o número de atividades educativas onde se fale da educação em saúde bucal, higiene bucal, alimentação saudável, através de conversas, palestra e vídeo conferencia e outros; incrementar o número de consultas e procedimentos clínicos agendados para assim diminuir o número de urgências odontológicas e consultas não programadas; trabalhar ainda mais com grupo priorizados sobre todos de alto risco (idosos, diabéticos, HAS, crianças e outros) maior participação do dentista nas visitas domiciliares para fazer uma avaliação integral de qualidade a pacientes idosos e acamados; planejar um adequado retorno dos pacientes até concluir o tratamento.

Os maiores desafios que a UBS tem: aumentar o número de consultas, planejar melhor as atividades educativas para a população; aumentar as busca ativas de casos novos portadores de doenças crônicas; minimizar aparição de seqüelas em pacientes diabéticos e com HAS; fazer uma avaliação profunda dos fatores de risco, aumentar as pesquisa de câncer de mama e colo do útero em grupos de alto risco; incentivar estilos de vida saudável em nossa população, tais como, dieta, prática de exercícios físicos regulares; melhorar a saúde bucal, cadastrar os 100% da população de nossa área de abrangência.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparar a tarefa realizada na segunda semana de ambientação em resposta a pergunta: Qual é a situação da ESF/UBS em seu serviço e o relatório da análise situacional, observamos que o relatório da análise situacional é mais amplo, pois compreende todos os aspectos de nossa área de abrangência, analisando as características da população em relação a sexo, faixa etária, patologias crônicas e

grupos prioritários tais como (idosos, crianças, gestante), controle de doenças previsíveis tais como câncer de mama e do colo do útero, análise da saúde bucal, principais fatores de risco, os aspectos que dificultam nosso trabalho e as medidas de enfrentamento. Com a primeira tarefa desconhecíamos a situação de saúde de nossa população e não tínhamos as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios de trabalho da UBS. Com a análise da situação de saúde, a mais valiosa ferramenta que o trabalhador da saúde tem para conhecer sua população, podemos conhecer detalhadamente nossas limitações para a partir daí trabalhar de forma planejada e contextualizada.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus constituem graves problemas que afetam nossa área de saúde. No Brasil e no mundo, vem ocorrendo a aparição de casos novos em pessoas de menos idades e ocorrência de complicações com invalidez permanente. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Por isso na atenção primária de saúde temos que trabalhar para aumentar a busca de casos novos, tratamento oportuno, para que se possa assim, realizar o controle das doenças e evitar complicações, atuando sobre os fatores de risco (1-2).

A UBS São Cristovão está situada no município de Regeneração, estado Piauí. A estrutura física do posto de saúde conta com uma sala de recepção com capacidade para 30 pessoas, dois consultórios, uma sala de curativo e procedimentos, equipamento odontológico, sala de reuniões, vacinas, farmácia, nebulizações, sala de esterilização, sala para agentes comunitários. O posto tem boa ventilação e iluminação, com sinalização visual, mas, não tem sinalização em braile, nem sonoro. Quanto às barreiras arquitetônicas, o posto é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências sem degraus e com rampa na entrada. A equipe de saúde está formada por um médico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um dentista, um auxiliar dentista e três agentes comunitários de saúde, além da existência do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), constituído por (fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, e outros). Temos outros especialistas de apoio no município (psiquiatra, psicólogo, cirurgião, obstetra e ortopedista). Em relação à população da área adstrita o número de habitantes é de 1.672, deles 982 são do sexo feminino e 690 do sexo masculino, com um total de mulheres em idade fértil de 544 entre (10 e 49 anos), 405 mulheres entre (25 e 64 anos), 126 mulheres entre (50 e 69 anos), delas 26 são gestantes o que representa 1,5% do total da população; menores de um ano são 25, menores de cinco anos 50, pessoas entre 15 e 59 anos 1.050, com 60 anos e mais 176.

O foco da intervenção escolhido pela equipe de saúde foi: Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, que na área de abrangência têm 132 usuários cadastrados com HAS e 24 com DM, inferior ao estimado. A população com HAS estimada pelo Caderno de Ações Programáticas é de 335 pacientes e na realidade existem 132 pacientes cadastrados com essa doença na área de saúde o que representa 39% da população estimada. A população estimada com DM é de 96 pacientes, mas só temos 24 usuários diagnosticados e cadastrados com esta doença o que representa uma cobertura de 25%. Ambas as cifras são inferiores ao valor de cobertura estimado. Em cada consulta realizamos um exame físico integral desenvolvendo ações de promoção em saúde como: incentivar a prática de exercícios físicos regulares assim como hábitos de vidas saudáveis, ministrar palestras educativas referentes ao tema proposto, vídeos conferências e conversas sobre importância e cuidado com os pés dos pacientes com DM; capacitar os agentes de saúde sobre estas doenças para junto à comunidade fazer busca ativa de casos novos; controle dos fatores de risco; diagnóstico preventivo das complicações e encaminhar para outras especialidades caso necessário; manter controle metabólico adequado; planejar consultas com o dentista para avaliação da saúde bucal dos pacientes.

A HAS e DM são doenças muito ligadas entre si e extremamente frequentes na comunidade. Com frequência encontramos sequelas de invalidez permanente, o que nos obriga a realizar ações de intervenção sobre esta população. A equipe toda está disposta a se envolver no processo de trabalho com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Dessa forma, pretendemos atingir metas de cobertura de 70% para HAS e para DM. As principais dificuldades e limitações para desenvolver as ações programáticas são: usuários faltosos a consultas programadas; laboratório clínico do município onde não são realizados todos os exames solicitados, sendo a pessoa obrigada a se deslocar a outros municípios; falta de medicamentos básicos para o tratamento das doenças na farmácia popular; baixo nível cultural da população, o que dificulta sua adesão às recomendações; dificuldade com o transporte da equipe para o deslocamento até as comunidades para realizar as visitas domiciliares. O melhor recurso que tem a UBS, de forma geral, é o trabalho da equipe para melhorar a qualidade de vida da

população. É necessário o apoio dos gestores de saúde do município e Estado para realizar o trabalho em parceria com as comunidades. A equipe de saúde conta com todos os integrantes com alta capacitação profissional. Com esta intervenção vamos melhorar a qualidade de vida da população alvo, desenvolver hábitos e estilos de vidas saudáveis, prevenção precoce das complicações e adequado controle destes pacientes segundo protocolo. A finalidade da Linha de cuidados dos usuários com HAS e DM na atenção primária de saúde é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essas doenças por meio da integralidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos e Metas

- 1- Ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.
- 2- Melhorar a qualidade de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.
- 3- Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa.
- 4- Melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.
- 5 - Mapear diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

METAS

Relativas ao objetivo 1- Ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área

1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2- Melhorar a qualidade de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.6 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.8 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 3- Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa

3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4- Melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5 - Mapear diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6- Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos na unidade de saúde.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos na unidade de saúde

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% usuários diabéticos.

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabaquismo a 100% dos diabéticos.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de doze semanas e participarão da pesquisa todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência e cadastrados no programa da Unidade. Será utilizado o Protocolo Ministério da Saúde, Caderno de atenção básica de HAS E DM 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Metas 1.1 e 1.2: cadastrar 70% dos hipertensos e 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira uma vez ao mês, sempre ao final de cada mês da intervenção, avaliando os resultados e verificando se as estratégias adotadas estão dando certo ou se precisam ser reformuladas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro será realizado semanalmente em todas as consultas de atendimento clínico por enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Ação: melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Detalhamento: o acolhimento será feito por auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde em nossas áreas de consultas casas de família, escolas, igrejas.

Ação: garantir material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A secretaria de saúde garantirá o material necessário para a realização desta ação avaliada mensalmente na reunião da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: agentes comunitários de saúde e usuários das comunidades foram encarregados de informar a população da existência do programa

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: todos integrantes da equipe informarão a comunidade a importância de medir a PA a partir dos 18 anos pelo menos uma vez ao ano.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: toda equipe será capacitada para orientar e realizar aos adultos com PA maior de 135/80 no rastreamento da diabetes mellitus.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre os fatores de risco para doenças como HAS e/ou diabetes mellitus.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: todos os agentes comunitários de saúde serão capacitados pelo médico e a enfermeira para cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos de sua área e será avaliado mensalmente na reunião da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão todos integrantes da equipe para verificação de forma certa da pressão arterial principalmente aos agentes comunitários de saúde e técnica de enfermagem.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento A enfermeira será a encarregada de capacitar os integrantes da equipe para a realização do hemoglicoteste aos adultos com PA sustentada maior que 135/80mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: O monitoramento será feito por o medico e a enfermeira em todas as consultas agendadas para s usuário com hipertensão e/ou diabetes

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: a enfermeira irá realizar o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. Nas reuniões da equipe o ela apresentará um relatório sobre o monitoramento e irá se discutir as dificuldades encontradas, procurando discutir sobre possíveis soluções para resolvê-las.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos seguindo como protocolos os Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: o médico irá definir as atribuições de cada membro da equipe e destacar a importância de seguirem os protocolos para a HAS.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: Todos os membros da equipe terão suas atribuições definidas pelo médico com respeito a exame clinico a usuário com DM.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Serão capacitados os profissionais da equipe e também serão entregues os protocolos a cada um deles esta. Esta ação será realizada pelo médico e enfermeira.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Todos os profissionais serão atualizados com uma periodicidade mensal segundo o cronograma

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O medico, enfermeira com ajuda da secretaria da saúde disponibilizarão os protocolos atualizados na UBS para cada um dos agentes comunitários,

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes de estas doenças em todas as consultas de atendimento clínico, palestras, reuniões com a comunidade e associação de moradores.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão a equipe para realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Metas 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento será feito em cada uma das consultas pelo médico e enfermeira e se discutirá mensalmente com toda equipe, principalmente com agentes comunitários de saúde, quem não está em dia com os exames.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A equipe fará o monitoramento dos exames laboratoriais solicitados aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e avaliará a periodicidade na reunião mensal da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os encarregados da solicitação dos exames complementares segundo o protocolo.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico e a enfermeira ficarão responsáveis de garantir com a secretaria de saúde e o gestor municipal a realização dos exames complementares solicitados

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento Os exames serão avaliados imediatamente depois da entrega do laboratório e comunicado ao agente de saúde se houver alguma alteração para agendar consulta o mais rápido possível.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: todos integrantes da equipe serão encarregados de comunicar aos usuários e a comunidade a importância da realização dos exames

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Em cada uma das consultas os usuários e a comunidade serão informados com que periodicidade tem que fazer exame segundo protocolo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento O médico capacitará a equipe para seguir a solicitação de exames complementares.

Metas 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermeira monitorará os medicamentos existentes na farmácia para o programa hiperdia semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará controle da quantidade e validade dos medicamentos existentes na UBS.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente a enfermeira e técnica de enfermagem terão registro atualizado das necessidades de medicamentos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os integrantes da equipe orientarão os usuários sobre os medicamentos existentes na UBS e alternativas na farmácia popular com os medicamentos oferecidos pelo governo de forma gratuita para estas doenças crônicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: médico e enfermeira irão capacitar e atualizar os profissionais sobre o tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: serão capacitados todos os integrantes da equipe sobre as alternativas dos medicamentos existentes na farmácia popular para orientar aos usuários e o que tem que fazer para receber os medicamentos gratuitamente.

Metas 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e enfermeira avaliarão em cada consulta os usuários hipertensos com necessidades de tratamento odontológico.

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em cada uma das consultas se monitorará por parte do médico e a enfermeira as necessidades de tratamento odontológico dos usuários diabéticos de nossa área.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O dentista avaliará em suas consultas e visitas domiciliares as prioridades dos tratamentos odontológicos de cada um dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O odontólogo da área e a técnica de saúde bucal agendarão as consultas para os usuários com necessidade de atendimento odontológico semanalmente

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Todos integrantes da equipe serão encarregados de orientar a todos usuários e a comunidade sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: O dentista capacitará os integrantes da equipe para avaliação dos usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: O dentista e técnica em saúde bucal capacitarão todos integrantes da equipe para avaliação dos usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados na UBS às consultas segundo periodicidade estabelecida no programa.

Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A enfermeira e os agentes comunitários de saúde avaliarão o cumprimento das consultas com sua periodicidade previstas no protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Agentes comunitários de saúde serão encarregados de organizar as visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A auxiliar de enfermagem será a encarregada de organizar o acolhimento dos usuários diabéticos e/ou hipertensos proveniente das buscas nas visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: médico e enfermeira irão fazer um reforço durante as consultas, visitas domiciliares e palestras sobre a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: a comunidade será ouvida pela equipe sobre os principais fatores que levam a faltarem nas consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Aproveitar as visitas domiciliares, as consultas, às palestras para esclarecer este tema. Além disso, colocar as informações em cartazes de forma didática para garantir que todos entendam a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitaram os ACS quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Detalhamento: A enfermeira e o médico serão encarregados de monitorar o registro adequado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter dados do SIAB atualizados.

Detalhamento: A enfermeira será encarregada, junto com auxiliar de enfermagem, de manter todos os dados do SIAB atualizados.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento para todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Detalhamento: Todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados terão sua ficha de acompanhamento e atualizada pela enfermeira.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Em reunião da equipe a enfermeira destacará a importância de ter um correto registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira terá a responsabilidade pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: os registros serão organizados de forma tal que os usuários com atraso em nas consultas, exames complementar usuários com alguma dificuldade em seu seguimento tenham suas fichas diferenciadas por a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos e/ou a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe serão capacitados para orientar aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e a comunidade sobre os direitos que eles tem de manter suas registros de saúde atualizados e segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário no acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira e o medico serão os responsáveis de capacitar a equipe nos preenchimentos de todos os registros necessários no acompanhamento dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento a equipe será capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas por médico e enfermeira.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A equipe monitorará todos os usuários cadastrados diabéticos e/ou hipertensos com estratificação de risco pelo menos uma vez ao ano com ajuda da comunidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados como de alto risco cardiovascular.

Detalhamento: Uma vez que o usuário é avaliado de alto risco cardiovascular o atendimento vai ser feito de forma prioritária.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A técnica de enfermagem e ACS serão os responsáveis por agendar e priorizar os atendimentos aos usuários avaliados de alto risco cardiovascular para serem atendidos na mesmo dia como prioridade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: A equipe será a responsável por orientar os usuários e a comunidade de seus níveis de risco e da importância de ter um acompanhamento regular em na UBS.

Ação: Esclarecer os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A equipe brindará palestras mensalmente nas comunidades e grupos de hipertensos e/ou diabéticos sobre fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável, tabagismo, prática de exercício físico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo para evitar as complicações destas doenças.

Ação: Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre a importância do registro desta avaliação para o seguimento correto do usuário e manejo clínico,

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

Objetivo 6. Promover saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: realizaremos em todas as consultas orientações sobre alimentação saudável a todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos atividades grupais com grupos de hipertensos e/ou diabéticos em parceria com o nutricionista do NASF.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitada junto ao gestor a participação de nutricionistas nestas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos orientações gerais aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e suas familiares sobre a importância de manter uma alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A equipe será capacitada pela nutricionista sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Para isto a enfermeira vai ser a encarregada de fornecer materiais sobre educação em saúde e vão ser entregues no transcurso das capacitações.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos monitoramento em cada uma das consultas as orientações da prática regular de atividade física para evitar o sedentarismo e outras complicações

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: a equipe organizará com os professores de educação física das escolas a prática de exercício físico para os grupos de hipertensos e /ou diabéticos das áreas onde estão cadastrados.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento solicitar ao gestor em coordenação com a secretaria de esporte que planejem atividades com educadores físicos em algumas áreas principalmente nas atividades do grupo hiperdia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento; Toda a equipe durante as consultas orientará a todos os usuários hipertensos e diabéticos, a comunidade de nossa área a importância da prática regular de atividade física para a saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre como promover a prática de atividade física e seus benefícios para a saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe sobre as metodologias de educação em saúde

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Em cada uma das consultas com pacientes diabéticos e/ou hipertensos monitoraremos as orientações sobre os riscos do tabagismo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A equipe fará contato com a secretaria de saúde e gestor para aquisição de medicamentos para o abandono do tabagismo

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Toda equipe está motivada a orientar aos hipertensos tabagistas da existência de tratamentos para abandonar o hábito de fumar, que tanto dano faz para a saúde

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento; Realizaremos capacitações da equipe para o tratamento dos usuários tabagistas que querem abandonar o hábito.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e enfermeira monitorarão as orientações sobre higiene bucal nas consultas aos usuários diabéticos e/ou hipertensos de nossa área

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Detalhamento: Vamos organizar a agenda de modo tal que exista uma margem de tempo disponível para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares orientá-los sobre a importância da higiene bucal. Apoiarmos também na utilização de cartazes e panfletos com as informações precisas. Solicitar sempre a ajuda do odontólogo da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O odontólogo de nossa área capacitara a equipe para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal a os usuários diabéticos e/ou hipertenso de nossa área.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1; Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2.1: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.1.1: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde,

Meta 4.1: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 4.1.1: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5.1.1: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1.1: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 7.1: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 7.1.1: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8.1 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8.1.1: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9.1: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 9.1.1: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados na UBS às consultas segundo periodicidade estabelecida no programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1.1: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.2.1: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4.Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2.1: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.1.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2.1: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta.6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2.1: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3.1: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4.1: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5.1: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6.1: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7.1: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8.1: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) será adotado o Manual Técnico de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde 2012. Serão utilizados no atendimento da população alvo: caderneta do hipertenso e do diabético, o prontuário, folha de registro de Hiperdia, disponível no município.

A folha de registro, não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos à classificação de risco dos usuários com HAS e DM. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, utilizaremos a ficha disponibilizada pelo curso.

A estimativa é alcançar com a intervenção 234 usuários com HAS e 67 com DM. Será feito contato com o gestor municipal para dispor de 234 fichas-espelho da folha de registro para HAS e 67 para DM e 360 fichas complementares, sendo que 180 serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes com HAS e DM que vieram à consulta de hiperdia nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários dos usuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, a intervenção será iniciada, com a capacitação da equipe (10 pessoas) sobre Manual Técnico de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus do Ministério de Saúde 2012. É sugerido que toda a equipe utilize estas referências na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário utilizado para reunião de equipe (segunda feira, de 10:00 as 12:00 horas).

O Cadastro da população com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus da área adstrita será realizado pelo médico e enfermeira na consulta e em visita domiciliar. Com ajuda dos agentes comunitários de saúde serão realizadas buscas ativas de usuários com HAS e DM faltosos a consulta. Realizar a capacitação da toda a equipe sobre a periodicidade do seguimento dos pacientes com HAS e DM.

O acolhimento dos usuários com HAS e DM que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com HAS e DM com atraso nas consultas mensal serão atendidas no mesmo turno. Pacientes com HAS e DM com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para priorizar o tratamento de intercorrências destes usuários. Usuário com estas doenças que buscam consulta de hiperdia de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que sete dias.

Os usuários hipertensos e diabéticos que vierem à consulta de hiperdia sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher demanda de intercorrências agudas deste grupo de usuários não há necessidade de alterar a organização de agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários com HAS e DM proveniente da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana. Será feito contato com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para

apresentação do projeto esclarecendo a importância da realização da consulta de Hiperdia.

Será solicitado apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelhos e prontuários identificando aquelas que estão com consultas ou exame em atraso.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos em atraso. Ao fazer a busca já agendará os pacientes com HAS e DM para consulta de Hiperdia. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho e prontuários médico. Médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde visitaram aos líderes comunitários e religiosos, mobilizando-os para a participação em encontros sobre saúde. Será necessário transporte para a equipe se deslocar às diferentes comunidades, sendo o gestor de saúde o responsável pelo mesmo.

Para realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos aqueles serão realizados pelo médico e enfermeira no âmbito da UBS e para isso se necessita: (balança, antropômetro, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, glucosímetro). Faremos contato com o gestor municipal para garantir a disponibilização destes materiais necessários para avaliação correta dos usuários com HAS e DM. Toda a equipe orientará os pacientes sobre a importância dos exames clínico na prevenção oportuna das complicações.

Capacitar a equipe sobre a frequência da solicitação dos exames clínico segundo protocolo. Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura dos pacientes com HAS e DM para a equipe de saúde, além do preenchimento e interpretação das medidas antropométricas e verificação da pressão arterial, a realização da glicemia capilar.

O treinamento será realizado pelo médico na própria UBS com duração de 2 horas ao final do expediente. A equipe realizará controle dos usuários diabéticos e hipertensos com déficit de peso ou excesso de peso com seguimento semanal da curva de peso (toda quarta feira) e atividades de orientação nutricional e sobre a importância do exercício físico.

Para controlar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado na unidade de saúde. A enfermeira e técnica de enfermagem realizaram uma revisão semanal dos prontuários e fichas de hiperdias, procurando usuários com atraso na realização dos exames. Serão realizadas palestras e conversas com os pacientes junto à comunidade sobre a importância da realização dos exames em dias de acordo o protocolo para garantir o controle destas doenças, as mesmas serão feitas no âmbito da UBS.

Para garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia serão informados, aos gestores de saúde, os medicamentos faltosos e os mais usados no tratamento destas doenças. A técnica enfermagem realizara um controle semanal destes medicamentos no âmbito da UBS, avaliando as quantidades em existência.

Será articulado um trabalho em parceria entre as farmácias do SUS para melhorar a qualidade do atendimento destes usuários. Para garantir o atendimento odontológico aos usuários com HAS será articulada uma parceria com o dentista, para Organizar a agenda de saúde bucal e poder oferecer atendimento prioritário a este grupo na unidade de saúde.

Para avaliar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, para isso o médico e enfermeiras realizaram uma revisão semanal dos registros dos pacientes da área adstrita tais como: caderneta de hipertensos e diabéticos, prontuário, ficha de hiperdia, registro de pacientes com HAS e DM. Médico e enfermeira serão os responsáveis pelo preenchimento dos dados nestes documentos.

O monitoramento das ações serão realizado quinzenal, na segunda feira e com uma duração de duas horas (10h-12h), com a participação da toda a equipe e representantes da população. Médico e enfermeira serão os responsáveis de preparar a apresentação em projeção. A técnica enfermagem fará a anotação da discussão. Precisaremos material de consumo: papel, caneta, pincel atômico, cartolina, papel craft.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

[illegible]

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

A equipe de saúde, cadastrada no posto de saúde São Cristovão, do município Regeneração, do estado Piauí, encontra-se desenvolvendo o projeto da intervenção sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Já decorreram 12 semanas de trabalho intenso e foram muitas as atividades desenvolvidas com a participação de toda a equipe e a comunidade. Nosso trabalho é dentro da própria UBS e todas as semanas a equipe se desloca até um bairro do interior para realizar a visita domiciliar a grupos específicos e a pacientes acamados com este tipo de doenças, são comunidades muito carentes do interior, com verdadeiras necessidades de atenção médica.

Até hoje temos conseguido realizar a maioria das atividades planejadas segundo o protocolo: capacitação dos profissionais da saúde sobre o protocolo de saúde dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Capacitamos os agentes comunitários de saúde em todos os temas relacionados com avaliação e seguimento destes pacientes, busca ativa de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus faltosas à consulta, vacinas, medidas antropométricas, visitas domiciliares, avaliação nutricional e do risco, avaliação das necessidades de atenção odontológica, avaliação dos fatores de risco sobre todo para este tipo de usuários (tabagismo, obesidade, alcoolismo, entre outros), múltiplas atividades de prevenção e promoção em saúde que se converteram em verdadeiras trocas de experiências entre profissionais da saúde e a população.

Mensalmente a equipe se reúne para avaliar o andamento da intervenção e planejar as estratégias para as próximas atividades que iremos desenvolver. Toda a equipe participa com responsabilidade da intervenção. Duas vezes constatamos com os gestores do município e líderes formais da comunidade onde explicamos como se ia desenvolvendo a intervenção e tudo o que a equipe já tinha realizado

para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Todos ficaram admirados, pois no município nunca foi realizado um trabalho deste tipo. Todas estas atividades foram realizadas integralmente.

A principal facilidade para desenvolver a intervenção foi contar com o apoio da equipe, dos gestores e da comunidade que em todo momento ajudaram a dar cumprimento às atividades planejadas. Além disso, a boa preparação profissional sobre HAS e DM de todos os integrantes da equipe, o que facilitou o trabalho com este grupo populacional.

São muitas as dificuldades encontradas durante a intervenção e que atrapalham o desenvolvimento de um trabalho de qualidade como as relacionadas com a disponibilidade de medicamentos necessários para o controle destas doenças que chegam a quantidades insuficientes ao município e não temos farmácia popular, dificuldades com o transporte para realizar as visitas domiciliares. Além disso, a pouca cobertura de atenção odontológica tendo um elevado número de pacientes com HAS e DM não tem avaliação odontológica. Os locais de atendimento com péssimas condições estruturais, os exames de maior complexidade como fundo de olhos, ECG e Rx não são realizados no município, ocorre demora na marcação de consultas especializadas.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, mas em muitas delas não conseguimos atingir as metas desejadas, por exemplo: número elevado de pacientes com HAS e DM que não tem exames complementares em dia, devidos que a maioria dos exames segundo protocolo para estes pacientes não são realizados no município pelo que têm que se deslocar até a capital do estado ou municípios distantes para realizar os mesmos. Baixa cobertura de atenção odontológica porque não temos odontóloga fixa na equipe, existe excesso na demanda espontânea, além que a equipe de atenção odontológica acompanha a equipe só dois dias na semana.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

A planilha de coleta de dados é um instrumento muito prático que ajuda e resume nosso trabalho de forma automática. Mas, resulta complicado o preenchimento daquela. Porque, são muitos os dados solicitados e cometemos erros alterando os dados, pelo que na hora do fechamento da planilha e de calcular os indicadores não coincide com os resultados de trabalho que realmente temos.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina

Já temos incorporadas todas as ações da intervenção à rotina de trabalho e criadas às estratégias para garantir o desenvolvimento daquelas de forma continuada como: todo o pessoal da saúde capacitado para o trabalho com pacientes com HAS e DM segundo protocolo do Ministério da Saúde, ao final de cada consulta o paciente sai com a próxima consulta agendada e os agentes comunitários de saúde tem uma copia do agendamento para garantir a assistência dos usuários para a próxima avaliação de seguimento.

Em todos os locais de atendimento temos balança e antropômetro para avaliação do estado nutricional destes pacientes. Todos os pacientes com HAS e DM têm avaliação periódica do risco cardiovascular que é conhecida por toda a equipe de saúde para trabalhar no controle daqueles. Continuamos com porta aberta para o atendimento destes pacientes que procuram assistência médica. Realizamos reunião da equipe mensal para planejar as atividades do mês que inclui as ações educativas de promoção e prevenção em saúde. Modificamos a agenda de trabalho da equipe odontológica para ampliar a cobertura de atendimento destes pacientes, além de criar um ponto de atendimento na sede. Continuamos interagindo com os gestores para melhorar as condições de trabalho e garantir medicamentos, materiais necessários e o transporte para a equipe para deslocamento até as comunidades.

É um trabalho em equipe, fundamentalmente preventivo e de forma continuada, somente assim vamos lograr estilos e hábitos de vidas saudáveis,

diminuir a morbimortalidade destes grupos e melhorar a qualidade de vida da população.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na UBS São Cristovão, Município Regeneração/Piauí, entre os meses de fevereiro e abril de 2015. A intervenção foi voltada para a qualificação da atenção à saúde a pacientes com Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Residem na área de abrangência 302 pacientes com Hipertensão Arterial sistêmica e 43 com Diabetes Mellitus.

Ao longo da intervenção conseguimos ampliar a cobertura para 302 usuários com HAS (100%), superando a meta traçada de 70%. No mês 1 da intervenção avaliamos 102 pacientes (33,8%), no mês 2 avaliamos 171 (56,5%) e no mês 3 chegamos a 302 (100%).

Meta: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

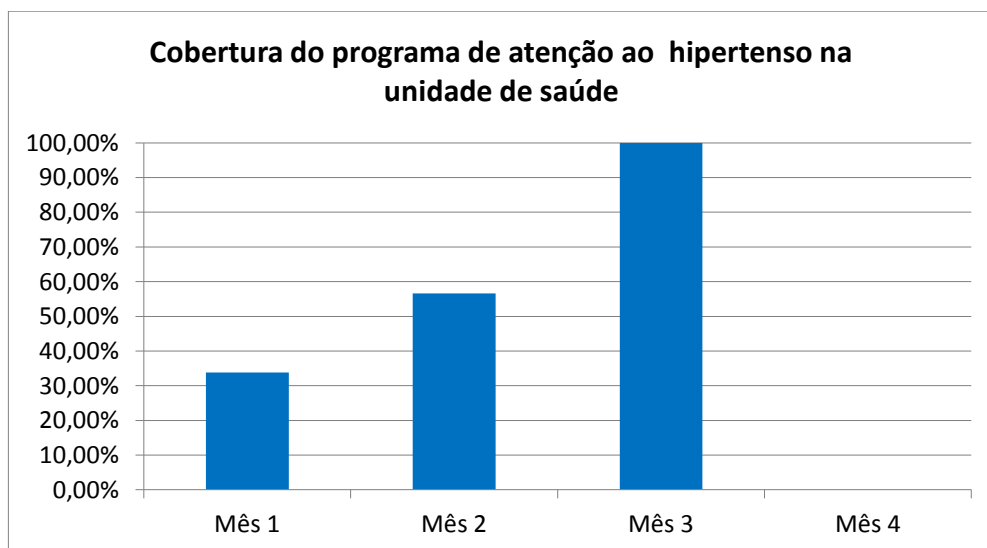


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde São Cristovão, Regeneração/Piauí, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Durante a intervenção conseguimos ampliar a cobertura de 43 (100%) pacientes com DM superando a meta traçada (70%). No mês 1 da intervenção avaliamos 19 usuários (44,2%), no mês 2 avaliamos 31 (72,1%) e no mês 3 analisamos 43 (100%). Resultado satisfatório devido ao trabalho em equipe e o apoio dos agentes comunitários de saúde para garantir a assistência dos pacientes à consulta.

Meta: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

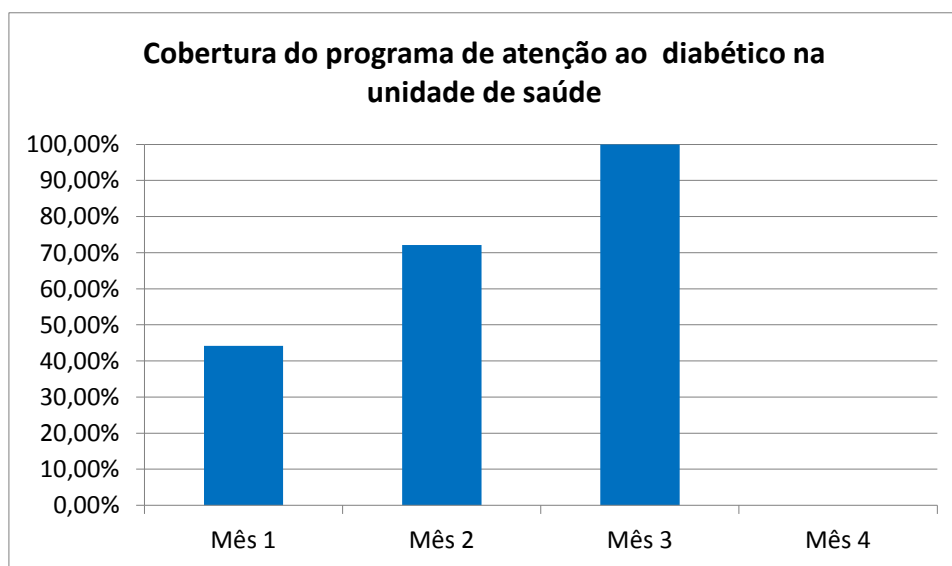


Figura 1.2- Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí. Fonte: planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Meta: 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado entre número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção conseguimos realizar exame clínico apropriado em 302 (100%) usuários hipertensos, alcançando a meta traçada. No mês 1 da

intervenção avaliamos 102 usuários (100%), no mês 2 avaliamos 171 (100%) usuários e no mês 3 realizamos exame clínico em 302, (100%) totalizando 100% nos três meses de intervenção.

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado entre número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No período da intervenção conseguimos realizar exame clínico apropriado em 43 (100%) usuários diabéticos, com exame físico integral que incluiu exame da pele, pulsos periféricos e extremidades, ações imprescindíveis para o diagnóstico precoce de complicações. Conseguimos atingir as metas desejadas. No mês 1 da intervenção avaliamos 19 usuários (100%), no mês 2 avaliamos 31 (100%) e no mês 3 realizamos exame clínico 43 (100%), tendo este indicador 100% nos três meses de intervenção.

Meta 2.3 - Realizar exames complementares em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao longo da intervenção conseguimos realizar exames complementares em dia de acordo com o protocolo a 79 (77,5%) hipertensos, não alcançando a meta traçada (100%) devido ao fato que a maioria dos exames não é realizada no município e os pacientes têm que se deslocar até município distante ou capital do Estado para realizar aqueles. No mês 1 tivemos 79 usuários com exame em dia (77,5%), no mês 2 foram 138 (80,7%) e no mês 3 totalizamos 263 com exame em dia (87,1%).

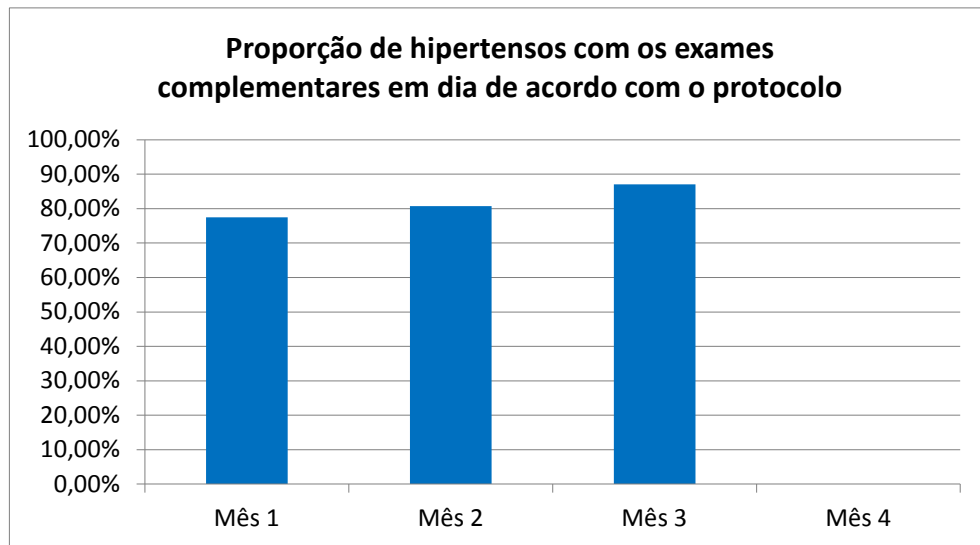


Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí Fonte: planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com esta intervenção conseguimos garantir 38 usuários diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo totalizando (88,4%). No mês 1 da intervenção avaliamos 15 casos (78,9%), no mês 2 foram 26 e no mês três totalizamos 38 (88,4%). Resultado não satisfatório devido aos têm usuários que se deslocar até municípios distantes ou capitais do estado, pois no município não são realizados a maioria destes exames. Não conseguimos atingir a meta traçada (100%).

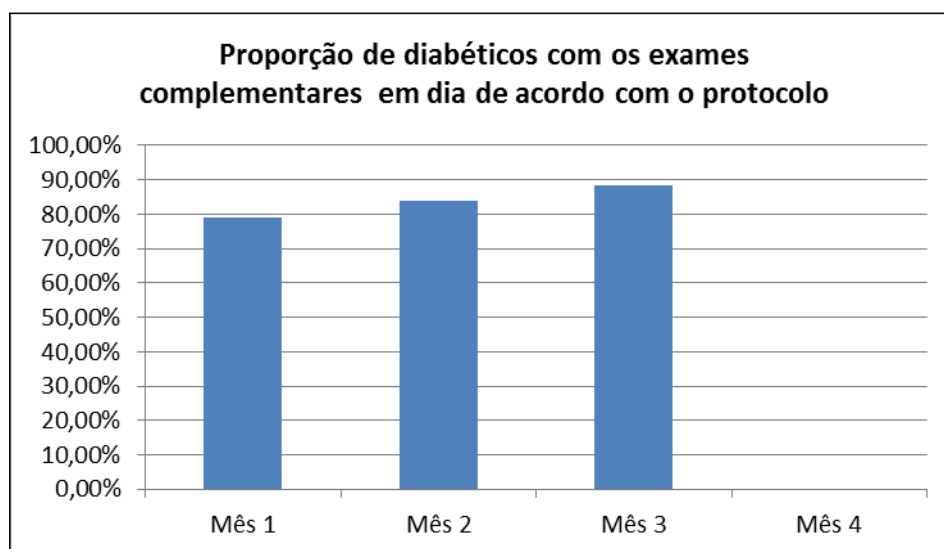


Figura 4- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí Fonte: planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Meta: 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Com a intervenção priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 185 (61,5%) dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, não alcançamos a meta traçada (100%). No mês 1 da intervenção avaliamos 65 (64,4%), no mês 2 foram 122(71,8%) e no mês três totalizamos 185 (61,5%). Não conseguimos atingir a meta desejada (100%), porque, no município não temos farmácia popular e as quantidades de medicamentos para o tratamento da HAS que chegam ao município são insuficientes.

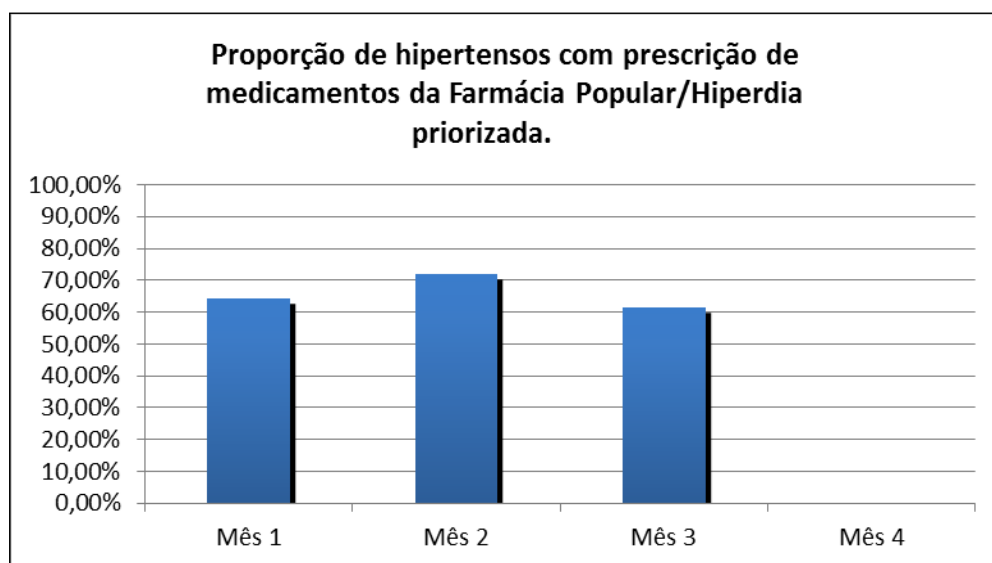


Figura 5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí Fonte: planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Meta: 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Ao longo da intervenção conseguimos priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 26 (60,5%) dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, não alcançando a meta traçada (100%), porque, no município não temos farmácia popular e as quantidades de medicamentos para o tratamento da HAS que chegam ao município são insuficientes. No mês 1 da intervenção realizamos prescrição de medicamentos da farmácia popular para 10 (52,6 usuários %), no mês 2 foram 20 (64,5%) e no mês 3 totalizamos 26(60,5%).

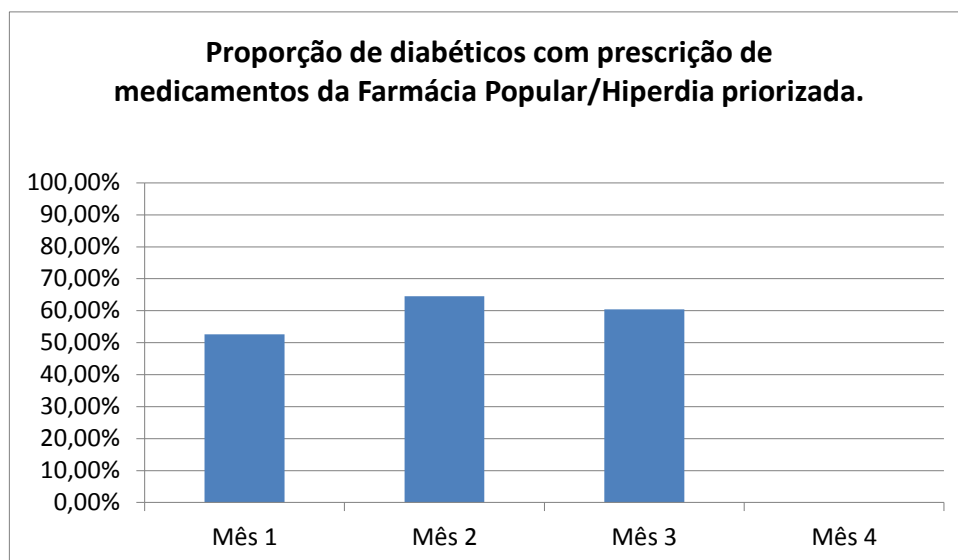


Figura 6- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí Fonte: planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Meta: 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Quando iniciamos a intervenção quase nenhum usuário com HAS tinha realizada a avaliação das necessidades de atendimento odontológico, com a intervenção conseguimos avaliar as necessidades de atendimento odontológico só em 24 casos (7,9%) de usuários hipertensos, 20 no mês 1 e mais 4 usuários no mês 2. Resultado muito inferior ao planejado devido ao fato que não temos odontólogo fixa na equipe. Além disso, existe um excesso na demanda espontânea para o atendimento odontológico de urgência e o odontólogo somente acompanha a equipe dois dias na semana.

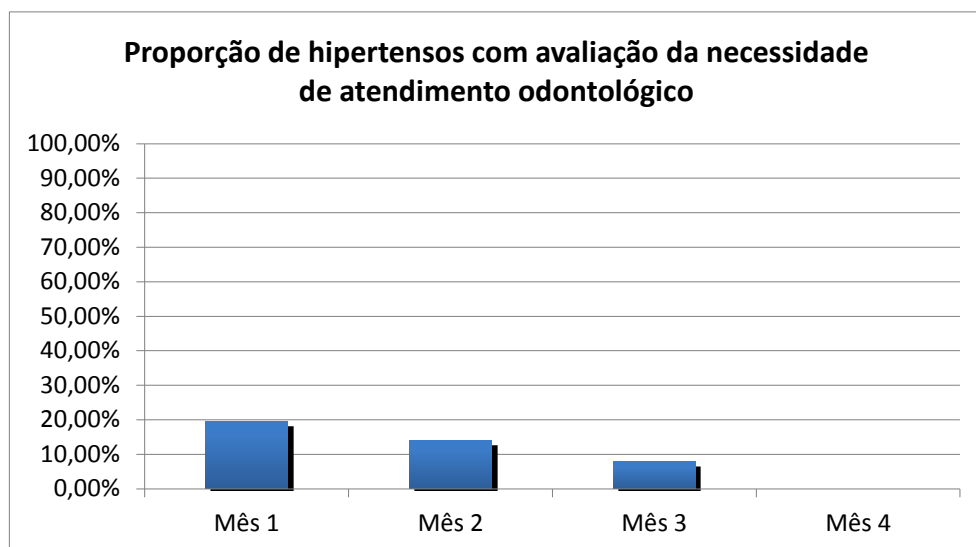


Figura 7 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí Fonte: planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Metas: 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Ao longo da intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em apenas 4 usuários diabéticos, de um total de 43, fechando assim um percentual de (9,3%). Estes foram avaliados apenas no primeiro mês da intervenção. Este foi o indicador com piores resultados durante a intervenção, devido aos aspectos destacados no indicador anterior.

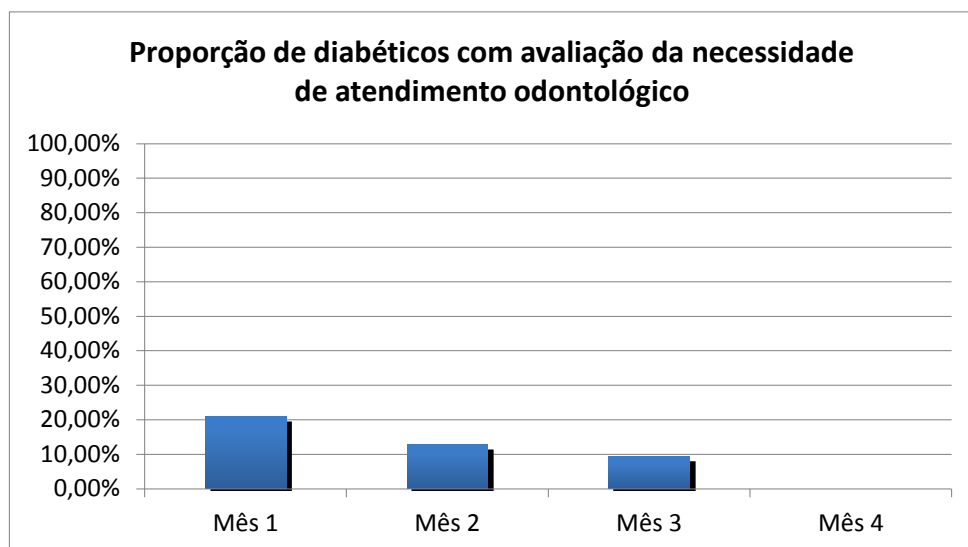


Figura 8- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS São Cristovão, Regeneração/Piauí. Fonte: planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Meta: 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Durante a intervenção tivemos 20 casos de hipertensos faltosos á consulta e foi realizada busca ativa dos 20 usuários, atingindo a meta de 100%. No mês 1 da intervenção realizamos a busca ativa de 10 (100%) usuários, no mês 2 foram 15 (100%) e no mês 3 totalizamos 20 hipertensos faltosos com busca ativa (100%). Resultado satisfatório pelo apoio fundamental dos agentes comunitários de saúde (ACS), líderes formais e não formais da comunidade que ajudaram na busca ativa destes pacientes.

Meta: 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Durante a intervenção tivemos 7 usuários faltosos com DM nas consultas, mas conseguimos realizar busca ativa de 100% destes usuários, 4 no mês 1 da intervenção, 6 usuários no mês 2, totalizando 7 pacientes no mês 3. Resultado muito satisfatório principalmente em função do trabalho dos ACS e líderes da comunidade.

Metas: 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção foram atualizadas as fichas de acompanhamento de 302 (100%) dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No mês 1 da intervenção foram atualizadas as fichas de 102 (100%) pacientes, no mês 2 foram 171 fichas atualizadas (100%) e no mês 3 totalizamos 302 (100%). Conseguimos atingir metas de 100% de registro adequado na ficha de acompanhamento, e, uma vez por semana no final do expediente a equipe realizava uma avaliação dos registros.

Metas: 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção conseguimos manter registro adequado da ficha de acompanhamento de 43 (100%) dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde, No mês 1 da intervenção foram atualizadas as fichas de 19 (100%) usuários, no mês 2 foram 31 fichas atualizadas (100%) e no mês 3 totalizamos 43 (100%) atingimos meta de 100% pelo trabalho compartilhado, em equipe, onde todos somos responsáveis pela atualização dos registros e controle de todas as atividades realizadas.

Meta: 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Com a intervenção conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em 302 (100%) dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No mês 1 da intervenção avaliamos 102 usuários (100%), no mês 2 avaliamos 171 (100%) e no mês 3 totalizamos 302 (100%). Com esta ação vamos atuar e controlar os fatores de risco para evitar complicações e assim diminuir a morbimortalidade por esta doença.

Meta: 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No período da intervenção conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em 43 (100%) dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde, No mês 1 da intervenção foram atualizadas as fichas de 19 (100%) dos usuários, no mês 2 foram 31 (100%) e no mês 3 totalizamos 43 (100%), atingindo assim a meta de 100% nos 3 meses da intervenção. Encaminhamos nosso trabalho para controlar os fatores de risco e prevenir complicações.

Meta: 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Durante a intervenção todos os pacientes cadastrados com HAS na unidade de saúde receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (302 usuários). No mês 1 da intervenção avaliamos 102 pacientes (100%), no mês 2

avaliamos 171 (100%) e no mês 3 totalizamos 302 (100%), atingindo metas de 100%. Toda a equipe participou das atividades educativas, oferecendo orientações individuais e coletivas e promovendo estilos de vida e alimentação saudável.

Meta: 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção conseguimos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 43 (100%) dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde. No mês 1 da intervenção foram atualizadas as fichas de 19 (100%) usuários, no mês 2 foram 31 (100%) e no mês 3 totalizamos 43 (100%). Toda a equipe participou das atividades educativas, oferecendo orientações individuais e coletivas e promovendo estilos de vida e alimentação saudável. Atingimos meta de 100%.

Meta: 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Durante a intervenção conseguimos garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 302 (100%) dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No mês 1 da intervenção orientamos 102 usuários (100%), no mês 2 foram 171 (100%) e no mês 3 incluímos mais 131 hipertensos totalizando 302 (100%). Resultado satisfatório que contribuirá a alcançar estilos de vida mais saudáveis, prevenir a obesidade e sedentarismo.

Meta: 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Com a intervenção 43 (100%) dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde, receberam orientação em relação à prática regular de atividade física para alcançar estilos de vida mais saudáveis. No mês 1 da intervenção foram atualizadas as fichas de 19 (100%) usuários, no mês 2 foram 31 (100%) e no mês 3 totalizamos 43 (100%). Atingimos as metas de 100%.

Meta: 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde receberam orientação individual e coletiva sobre os riscos do tabagismo e danos à saúde, orientamos 302 usuários com HAS. No mês 1 da intervenção avaliamos 102 usuários (100%), no mês 2 avaliamos 171 (100%) e no mês 3 totalizamos 302 (100%), atingindo a meta de 100%.

Meta: 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Os 43 usuários com DM cadastrados na unidade de saúde receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, de forma coletiva e individual. No mês 1 da intervenção foram atualizadas as fichas de 19 (100%) pacientes, no mês 2 foram 31 (100%) e no mês 3 totalizamos 43 (100%). Atingimos a meta de 100%.

Meta: 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Mesmo com resultados desfavoráveis na atenção odontológica, durante a intervenção conseguimos garantir orientação sobre higiene bucal a 302 (100%) dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No mês 1 da intervenção receberam orientação individual e coletiva 102 usuários (100%), no mês 2 foram 171 (100%) e no mês 3 totalizamos 302 (100%). Toda a equipe participou destas atividades que foram realizadas em escolas, consultas e visita domiciliar.

Meta: 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção conseguimos oferecer orientação sobre higiene bucal a 43 (100%) dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No mês 1 da intervenção foram atualizadas as fichas de 19 (100%) usuários, no mês 2 foram 31 (100%) e no mês 3 totalizamos 43 (100%). Toda a equipe participou destas atividades.

4.3 Discussão

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a realização de exames complementares, exame clínico apropriado, prescrição de medicamentos da farmácia popular, busca ativa de usuários faltosos a consultas, promoção em saúde, ampliação da cobertura para atenção odontológica, assim como a estratificação do risco cardiovascular deste grupo populacional.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à Saúde dos pacientes com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho Integrado do médico (responsável pela capacitação dos profissionais da

saúde, atenção clínica e integral do usuário, atualização dos registros), da enfermeira (responsável pela revisão dos registros, atualização dos exames complementares), da auxiliar de enfermagem (responsável pelo acolhimento dos pacientes e revisão dos registros), e dos agentes comunitários de saúde (responsáveis pela busca ativa dos usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus faltosos às consultas). Toda a equipe participa do acolhimento. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como: atendimento de qualidade, atividades educativas de promoção e prevenção de saúde de forma sistemática, melhora nas condições de trabalho, maior adesão ao trabalho em equipe.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, eram concentradas no médico e enfermeira. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção para um maior número de usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. A melhoria dos registros e os agendamentos destes pacientes viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, pois nosso trabalho é dentro da própria UBS e realizamos visita domiciliar em diferentes comunidades e trabalhamos geralmente com excesso na demanda espontânea. A estratificação do risco cardiovascular, atenção odontológica, consultas, exame clínico e complementares, promoção em saúde destes usuários, tem sido muito importante para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos e foi crucial para o diagnóstico precoce das alterações, assim como o atendimento prioritário e especializado.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os representantes dos usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém às vezes gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que já desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos alguns usuários faltosos à consulta programada. Com esta intervenção a comunidade ganhou muita informação relacionada com os usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, em atividades educativas de promoção e prevenção em saúde (alimentação saudável, higiene bucal, tabagismo, obesidade e sedentarismo, praticam de exercícios físicos, controle dos fatores de risco sobre todo na aparição de doenças cerebrovasculares).

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivesse sido discutidas as atividades com os gestores municipais para explicar a importância da intervenção e assim evitar dificuldades sobre todo com o transporte para a equipe se deslocar até as comunidades. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização destes pacientes, fundamentalmente no relacionado com a atenção odontológica que resulta um verdadeiro problema de saúde. Desde o início a equipe de saúde teve integrada, isso foi crucial para melhorar os resultados. Já temos incorporada a intervenção à rotina do serviço, mas teremos que superar algumas das dificuldades encontradas para assim obter melhores resultados.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço, mas temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, em especial aqueles de alto risco.

Notamos que a falta de algumas informações na ficha individual destes usuários, sobre todo aquelas relacionadas com exame complementares anteriores para comparar com resultados atuais, não tem avaliação do risco cardiovascular em nenhuma das consultas anteriores, o que acabaram prejudicando nossos resultados pela falta de informação. Vamos padronizar a consulta de hiperdia para não perder nenhuma informação relacionada com os usuários com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus.

Como a equipe de saúde está completa, incluindo agentes comunitários de saúde em todas as microrregiões, no próximo mês pretendemos continuar investindo na ampliação da cobertura dos Hipertensos e diabéticos e utilizaremos este trabalho para iniciar o programa de atenção a saúde das crianças, fundamentalmente na faixa etária de zero até setenta e dois meses na área de saúde.

5 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES

Prezado senhor Gestor

Inicialmente quero agradecer o apoio oferecido para a realização da intervenção que se dedicou a aprimorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e totalizou 302 pessoas com HAS e 43 com DM, ou seja, alcançamos 100% das metas propostas.

Primeiro, quero enfatizar que foi de suma importância o apoio da gestão na capacitação realizada no início da intervenção fornecendo materiais audiovisuais. Assim podemos nos aprofundar no caderno de atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus fornecida pelo Ministério da Saúde e pactuarmos os objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção.

Sabendo que os cuidados destes usuários são cruciais para desenvolver padrões de vida futuros, a intervenção buscou ampliar a cobertura de usuários com HAS e DM inscritas no programa. Antes da intervenção estes usuários eram acompanhados apenas pela Equipe de Saúde, e hoje são avaliados por múltiplos profissionais de saúde, ampliando assim a satisfação dos usuários que ficaram satisfeitos com esta melhora na cobertura. Planejamos alcançar 70% de cobertura para os usuários com HAS e DM, mas com muita satisfação e orgulho da equipe, principalmente de enfermagem e ACS, obtivemos 100% (302 usuários com HAS e 43 com DM).

Buscando a qualificação do atendimento e para mantermos a morbimortalidade mais baixa possível, segundo o preconizado pelo município e Ministério da Saúde, estamos realizando o acompanhamento e o monitoramento destes usuários através da consulta de Hiperdia, realizadas toda quarta feira no âmbito da UBS. Com certeza irão diminuir as mortes evitáveis e futuras complicações sistêmicas, como as doenças cerebrovasculares.

Com relação aos indicadores qualitativos, podemos alcançar as metas de 100% em alguns, como na realização de exame clínico, resultado esse muito satisfatório, pois os usuários receberam avaliação clínica integral, com exame físico

completo e controle dos fatores de risco, meta alcançada pelo trabalho organizado da equipe de saúde.

Na parte da realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo obtivemos o percentual de 77,5%, alcançando 79 hipertensos e 88,4% para os diabéticos, alcançando 38 usuários, não alcançando assim a meta traçada (100%) devido ao fato que a maioria dos exames não é realizada no município e as pessoas têm que se deslocar até municípios distante ou capital do estado para realizar os mesmos.

Apesar de algumas dificuldades, nunca tivemos tantos usuários avaliados com exames complementares em dia, reconhecemos o trabalho da equipe de saúde e dos gestores que garantiram o transporte e materiais necessários para a realização dos mesmos.

Com o apoio da gestão municipal, conseguimos priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para hipertensos e diabéticos, alcançando percentual acima de 60%, mas não alcançamos a meta traçada (100%). Não conseguimos atingir a meta desejada porque no município não temos farmácia popular e as quantidades de medicamentos para o tratamento da HAS e DM que chegam ao município são insuficientes.

Um aspecto positivo foi às questões educativas sobre o relacionado com a dieta saudável, prática de exercícios físicos regulares, tabagismo, higiene bucal e outros, já que com a intervenção 100% (302 hipertensos e 43 diabéticos) dos usuários receberam as orientações desejadas.

No que tange a odontologia, temos implantada a consulta odontológica para estes pacientes, inexistente antes da intervenção, conseguimos resultados incipientes, mas considero-os expressivos. Quando iniciamos a intervenção quase nenhuma pessoa com HAS e DM tinha realizada a avaliação das necessidades de atendimento odontológico, mas com a intervenção conseguimos avaliar as necessidades de atendimento odontológico só em 24 (7,9%) hipertensos e 4 diabéticos (9,3%).

Os resultados não foram os esperados, apesar de realizarmos ações que antes não ocorriam. Este foi o indicador com pior resultado durante a intervenção, devido que não temos odontóloga fixa na equipe e existe um excesso de demanda espontânea e urgências, mas já foram criadas as estratégias para melhorar este

indicador como: solicitar odontólogo fixo para a equipe e que trabalhe durante toda a semana, realizar mudanças na agenda da equipe de odontologia para garantir 3 vagas diárias para este grupo populacional.

Outras ações que intensificamos com este trabalho foram às buscas ativas destes usuários faltosos às consultas, ação muito importante para conseguir um acompanhamento adequado e não haver desistência ou atraso no tratamento. Resultado muito satisfatório pela ajuda dos ACS e líderes da comunidade que resultaram envolvidos na busca ativa dos usuários. Foram atualizadas as ficha de acompanhamento de 302 usuários hipertensos e 43 pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde para um (100%). Conseguimos atingir esta meta, porque uma vez por semana no final do expediente a equipe realizava uma avaliação dos registros.

Realizamos a estratificação do risco cardiovascular em (100%) dos usuários com estas doenças. Com esta ação vamos atuar e controlar os fatores de risco para evitar complicações e assim diminuir a morbimortalidade por esta doença.

Cabe ressaltar a importância da continuação do apoio dos gestores envolvidos nesta intervenção, já que é de conhecimento de todos que se conseguirmos atuar preventivamente conseguiremos resultados expressivos num futuro breve, trazendo benefícios para a população, além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos.

6 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA COMUNIDADE

Primeiro queria informar que este trabalho se iniciou em Fevereiro de 2015, quando realizei um estudo das condições da UBS e de como era o serviço prestado para a comunidade, tanto a quantidade como a qualidade. Assim, optei por realizar uma ação que atingisse aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, já que percebi que o seguimento pela equipe de saúde era muito baixo e o número destes usuários cadastrado na área de abrangência era abaixo do preconizado pelo o protocolo de saúde segundo o Ministério da Saúde.

Reunimos a equipe toda, estudamos e nos preparamos para melhorar o atendimento destes usuários na comunidade do posto de saúde. Estabelecemos metas para alcançarmos e definimos ações para alcançá-las. Esta ação durou três meses, mas ela vai continuar ocorrendo na UBS.

Primeiro, definimos que tínhamos que ter pelo menos 70% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que temos em Regeneração inscritas no programa de atenção à pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Neste item tivemos bom resultado, pois nos três meses tivemos 100% destes usuários inscritos e acompanhados, mesmo os que realizassem consultas com médicos particulares, foram inscritos e acompanhados pela equipe de saúde da família (UBS).

Conseguimos realizar exame clínico apropriado em 302 (100%) usuários hipertensos e 43 usuários diabéticos para um (100%), alcançando a meta traçadas. Resultado muito satisfatório, pois cada usuário recebeu avaliação clínica integral, com exame físico completo e controle dos fatores de risco. Na parte da realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo a 79 (77,5%) pacientes hipertensos e 38 usuários diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo (88,4%), não alcançamos a meta traçada (100%) devido à maioria dos exames não serem realizados no município e os usuários têm que se deslocar até os municípios distantes ou na capital do Estado.

Com a intervenção priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 185 (61,5%) dos hipertensos e 26 (60,5%) dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde, não alcançamos a meta traçada (100%). Não

conseguimos atingir a meta desejada (100%) porque no município não temos farmácia popular e as quantidades de medicamentos para o tratamento da HAS que chegam ao município são insuficientes.

Na parte de saúde bucal, quando iniciamos a intervenção quase nenhum usuário com HAS e DM tinha realizada a avaliação das necessidades de atendimento odontológico, com a intervenção conseguimos avaliar as necessidades de atendimento odontológico só em 24 (7,9%) usuários hipertensos e 4 usuários diabéticos para (9,3%), os resultados não foram os esperados, a pesar que realizamos ações que antes não ocorriam. Este resultou o indicador com piores resultados durante a intervenção, devido que não temos odontóloga fixa na equipe e existe um excesso da demanda espontânea e urgências. Mas, já foram criadas as estratégias para melhorar este indicador como: solicitar odontólogo fixo para a equipe e que trabalhe durante toda a semana; realizar mudanças na agenda da equipe de odontologia para garantir 3 vagas diárias para este grupo populacional.

Outras ações que intensificamos com este trabalho foram às buscas ativas destes usuários faltosos às consultas médica, ação muito importante para conseguir um acompanhamento adequado e não haver desistência ou atraso no tratamento. Resultado muito satisfatório pela ajuda dos ACS e líderes da comunidade que resultaram envolvidos na busca ativa destes pacientes. Foram atualizadas as ficha de acompanhamento de 302 usuários hipertensos e 43 usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde para um (100%). Conseguimos atingir esta meta, porque uma vez por semana no final do expediente a equipe realizava uma avaliação dos registros. Realizamos a estratificação do risco cardiovascular em (100%) dos usuários com estas doenças. Com esta ação vamos atuar e controlar os fatores de risco para evitar complicações e assim diminuir a morbimortalidade por esta doença.

Além destas atividades também conseguimos realizar um 100% das atividades educativas preconizadas sobre todo o relacionado com a dieta saudável, pratica de exercícios físicos, tabagismo, higiene bucal e outros que previnem muitas complicações futuras. Devemos dar destaque à outra ação, é que agora melhoramos nosso acompanhamento e monitoramento dos pacientes em relação com o peso, tanto para usuários obesos e com baixo peso, tiveram avaliação pela nutricionista do NASF ofertado na UBS, assim como o apoio da psicóloga.

Além disso, podemos avaliar se nossas ações como profissional estão atingindo o que queremos. Necessita-se a ajuda da comunidade nas questões educativas tais como: a realização de palestras para manter bom resultado. Esta ação é muito importante, pois a informação ajuda as pessoas a tomarem atitudes para melhorar a qualidade de vida.

Para encerrar, quero destacar o apoio da comunidade para o sucesso de nosso trabalho para os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Nosso trabalho continuará ocorrendo na Unidade Básica de Saúde e para isto a comunidade tem que apoiar as ações e compreender que estes usuários com maior risco terão uma atenção especial. Todos os profissionais estão felizes e satisfeitos de terem trabalhado nestas atividades.

7 Reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem

A intervenção estava baseada na Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus e a expectativa era ampliar a cobertura de atenção neste grupo populacional em 70%. Confesso que no início do trabalho muitas vezes pensei que não conseguiria desenvolver o meu projeto da intervenção do jeito que estava planejado, pois requeria de um trabalho intenso e o apoio de toda a equipe, a comunidade e os gestores do município, mas com o tempo fui percebendo que entre todos podemos obter resultados de trabalho muito bom, que durante a intervenção aparece muitas dificuldades que atrapalham, mas não impedem realizar um bom trabalho. Conseguimos atingir metas de 100%, com avaliação integral em consulta de 302 pacientes com HAS e 43 com DM.

Do ponto de vista profissional, a intervenção tem sido muito proveitosa, pois, /além de aprimorar os conhecimentos sobre saúde dos usuários com HAS e DM segundo protocolo do Ministério da Saúde, permitiu conhecer a situação de saúde real desta população em minha área de abrangência, atuar e controlar os fatores de risco para diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida desta população.

Com o decorrente do curso aprendemos a realizar o trabalho compartilhado, em equipe. No pessoal teve que reler os protocolos relacionados com HAS e DM o que aumentou meus conhecimentos médicos, com os estudos da prática clínica e casos clínicos consegui me atualizar no manejo das doenças que com maior frequência encontramos na comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica** Caderno da Atenção Básica nº15. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Diabete Mellitus**. Caderno da Atenção Básica nº16. Brasília, DF, 2006.

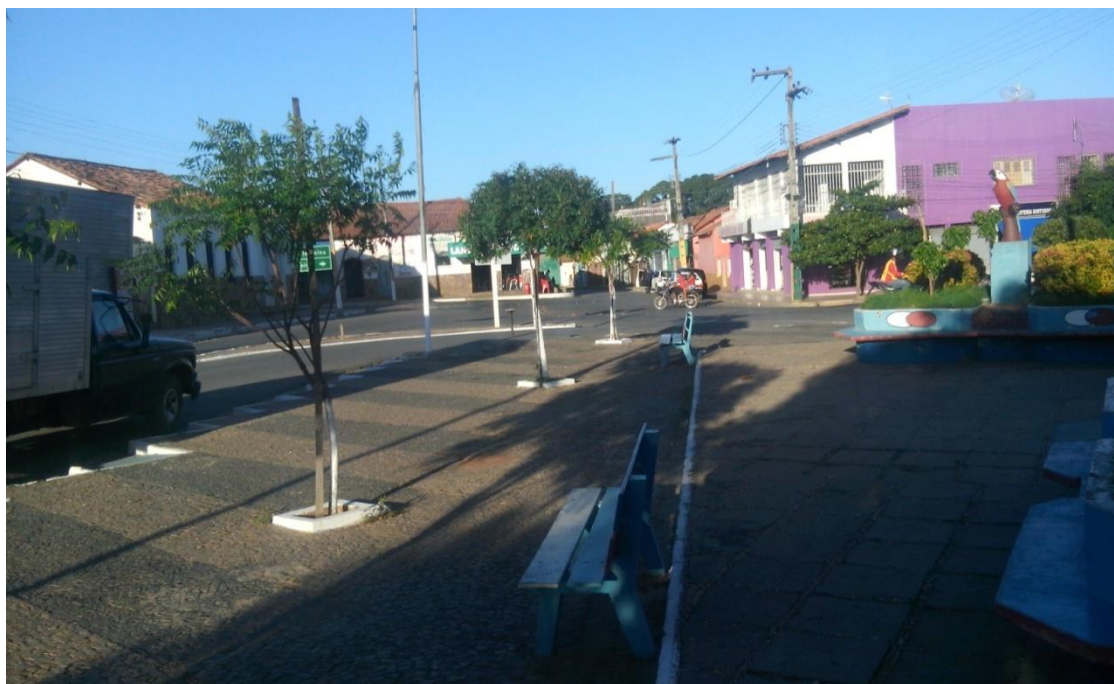
_____. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Coordenação nacional de hipertensão e diabetes**. Brasília, DF, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**.

Apêndices

Apêndice A – Cidade de Regeneração (centro)



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção						Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você <u>pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas esquite /</u>
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada						

*Estimativa no território

População total		→	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0	→	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0		

Anexo C - Ficha espelho

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS



UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS



UFPEL

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.